

Еще совсем недавно Польша была одной из стран социалистического лагеря. Однако в конце 1980-х наша западная соседка пошла по собственному пути развития, в том числе в области медицины. Безусловно, нововведения в польском здравоохранении представляют интерес для медицинской (и не только) общественности Украины и во многом могут служить как примером, так и предостережением для отечественных реформаторов.



Несмотря на то что в 1989 г. Польша отделилась от соцлагеря, польская медицина сохраняла признаки системы Семашко еще долгие 10 лет — вплоть до 1999 г., когда по примеру ближайшего западного соседа, Германии, был принят закон о всеобщем медицинском страховании. Ключевая роль в этом процессе отводилась децентрализации системы здравоохранения путем создания региональных больничных касс, отвечающих за справедливое накопление и перераспределение средств.

Система здравоохранения: шаги к реформам

На самом деле о неэффективности существующей системы здравоохранения и необходимости изменений в Польше заговорили еще в начале 1980-х гг. Взамен «бесплатной» медицинской помощи предлагалось внедрить всеобщее медицинское страхование, которое должно было положительно повлиять на количество и качество медицинских услуг, а также привлечь дополнительные средства в отрасль, чтобы обеспечить повышение зарплат медиков. Однако прошло много лет, прежде чем были предприняты первые реальные шаги на пути к преобразованиям. Концепция реформирования первоначально базировалась на разграничении функций производителя и покупателя медицинских услуг. Покупателями должны были стать кассы медицинского страхования, которым надлежало выяснять потребности пациентов в медицинском обслуживании и отстаивать интересы последних, покупая необходимые медицинские услуги высокого качества по самым низким ценам. Соответственно, медицинские учреждения получили право зарабатывать деньги и самостоятельно их тратить.

Однако в условиях нестабильной политической ситуации того времени данный подход оказался неэффективным, поскольку решение о создании больничных касс принимало правительство Польши, а контроль осуществляли общественные организации. К тому же размеры взносов определялись, по большей части, причинами политического характера. Так, для граждан был установлен изначально невысокий страховой взнос — 7,5% (от заработной платы), но и его платили не все. От выплат освободили аграриев и безработных; кроме того, из-за ряда льгот частные предприниматели платили за медицинскую страховку лишь около 7% от 60% средней заработной платы по стране. Поэтому случалось, что вполне обеспеченные люди тратили на медицину меньше, чем их сограждане с весьма скромными доходами. В 1999 г. сумма собранных средств оказалась меньше запланированной, и ожидаемого существенного увеличения заработной платы медицинских работников не произошло. Последнее обстоятельство послужило причиной оттока квалифицированных кадров в страны Евросоюза. В то же время финансовое положение работников частных амбулаторий и поликлиник улучшилось, однако и нагрузка на рабочем месте у них также гораздо больше, чем в государственных учреждениях.

Далеко не все пациенты получили равный доступ к медицинской помощи. Как минимум три категории польских граждан фактически не могут воспользоваться медицинскими услугами в полном объеме. Это лица без установленного места жительства, дети незастрахованных родителей и женщины в период беременности и ухода за младенцем. Лечение бездомных должны оплачивать органы местного самоуправления, однако средства для этого выделяются несвоевременно и в недостаточном количестве, что представляет прямой финансовый риск для медучреждений, которые находят способы отказать в предоставлении услуг таким пациентам. Несмотря на то что на период беременности и родов предусмотрено обязательное медицинское наблюдение, законодательно женщине в период ухода за ребенком не гарантируется медицинская

помощь. Такое положение вещей, разумеется, не устраивает поляков, которые наряду с отчислениями на обязательное медицинское страхование вынуждены все больше денег тратить на платные услуги. По данным ВОЗ, уровень доплат пациентов в польской медицине достигает 40%. Поэтому постоянно увеличивается количество больных, предпочитающих частную медицину государственной; в 2006 г. этот показатель составил 25%.

Как бы то ни было, реформирование медицины продолжается, и в 2005 г. начался его новый этап.

Структура медицинской помощи

Первичную медицинскую помощь в Польше предоставляют, как правило, семейные врачи, чаще всего терапевты в поликлинике. За разовое посещение такого специалиста введена символическая плата — 1,5 евро. Эта сумма покрывает стоимость первичного визита и минимального объема исследований, благодаря чему снижается количество



«лишних» посетителей, когда пациенты, особенно пожилые, приходят к врачу без особой необходимости, как это часто можно наблюдать в украинских поликлиниках.

Пациент имеет право выбрать врача общей практики самостоятельно и через полгода обслуживания при необходимости сменить его. Выбор специалиста документально подтверждается медицинской декларацией в местном отделении «Кассы больных». Сменить врача или медицинское учреждение ранее установленного срока можно, уплатив пеню в размере 2,5% от стоимости лечения. Врач может отказаться обслуживать новых пациентов, если его загруженность превышает 2,5 тыс. больных.

Направление на консультацию к узкому специалисту либо на специальные обследования выписывает семейный врач. Без такого направления услуги специалистов пациент оплачивает самостоятельно за исключением внезапных острых заболеваний. Для визита к дерматологу, психиатру, гинекологу, акушеру, венерологу, онкологу, фтизиатру направление от терапевта также не нужно. Что касается лабораторных исследований, то обычно в направлении врач указывает адрес лаборатории, проводящей обследование бесплатно. Если пациент отправится в другую лабораторию, ему придется заплатить.

Направление в стационар выписывает тоже терапевт, хотя это может сделать и специалист другого профиля. В больнице страховка покрывает стоимость консультаций специалистов, объем необходимых медицинских услуг, включая исследования, манипуляции, уход, уборку в палате, лекарства, в том числе требующиеся для завершения лечения в амбулаторных условиях. Семейный врач, если посчитает нужным, может направить пациента

и на санаторное лечение. Медицинскую помощь больной получает только в определенной больнице, у которой подписан договор с местным отделением «Кассы больных». Если пациент хочет обслуживаться в другом учреждении, он оплачивает лечение сам.

Скорою и неотложную помощь можно получить круглосуточно. Правда, если вызов посчитают немотивированным, пациент расстанется с приличной суммой. Поэтому этим видом услуг пользуются только в чрезвычайных ситуациях — при травмах, отравлениях, авариях, родах, а также при угрозе жизни. Если пациенту понадобится срочная помощь за пределами его места проживания (и региональной «Кассы больных», которая покрывает такие расходы), он может обратиться к любому врачу, даже частному. Средства за лечение частично возмещают при наличии документа, подтверждающего, что обратиться к врачу своей или другой кассы было невозможно, а медицинская помощь была необходима. Бригады скорой помощи работают в аэропортах, обеспечивают перевозку тяжелобольных и травмированных пациентов. Кроме того, транспортными средствами этой службы перевозят органы для трансплантации, кровь и лекарственные средства.

Стоматология в Польше условно бесплатная. Пациенты имеют право на первый бесплатный осмотр и профилактические осмотры без лечения один раз в полгода. «Кассы больных» возмещают минимальный пакет услуг: к примеру, две пломбы на 5 лет и бесплатное лечение детям до 14 лет. Однако большинство поляков обращаются к стоматологу чаще и выбирают более дорогие и качественные пломбировочные материалы, а значит, вынуждены оплачивать все это самостоятельно.

Затраты на лекарственные средства

Социалистическое прошлое сказывается и на польском рынке лекарственных средств. Фарминдустрия Польши, развивающаяся, скорее, по международным, чем по местным стандартам, почти независима от государства и является одной из самых динамичных и перспективных. Однако значительная нехватка средств и по-прежнему монопольное принятие решений в польском здравоохранении обуславливают ряд тенденций, ведущей среди которых является достаточно агрессивная политика в отношении иностранных производителей. В списке препаратов, затраты на которые пациенту возмещает государство, преобладают отечественные генерики дорогостоящих лекарств, что одновременно стимулирует польскую фармакологическую промышленность и ведет к уменьшению количества оригинальных импортных препаратов на польском рынке. Чтобы сохранить конкурентоспособность, иностранные производители вынуждены интенсивно снижать цены на свою продукцию. Только за первое полугодие 2006 г. средняя стоимость упаковки импортных препаратов снизилась на 13%, тогда как местным производителям удалось ограничить падение цен на уровне 5% по сравнению с 2005 г. В результате выросли продажи как рецептурных, так и безрецептурных препаратов. Доступность лекарственных средств на фоне дороговизны и ограниченной доступности врачебных консультаций привела к увеличению продаж безрецептурных препаратов, диетических добавок, косметических, гомеопатических, фитотерапевтических средств, различных диагностических систем, которыми пациенты пользуются для самолечения.

Заключение

Польша прошла большой путь от советской модели здравоохранения к более эффективной, рыночной. В значительной мере повысилось качество медицинской помощи, а после вступления в ЕС в стране возникло такое явление, как медицинский туризм. Граждане других западноевропейских стран приезжают сюда, чтобы получить платные медицинские услуги, стоимость которых у них на родине значительно выше; в первую очередь это касается пластической хирургии и плановых оперативных вмешательств.

На сегодняшний день самыми значительными проблемами польской медицины остаются неструктурированность оплат за медицинские услуги и компенсаций страховых фондов лечебным учреждениям, плохое взаимодействие, низкие страховые отчисления и значительные дополнительные расходы пациентов на здравоохранение, ограничение в выборе лечащего врача и лечебного учреждения, а также по-прежнему низкие зарплаты медиков.

Новый этап реформирования польского здравоохранения предполагает постепенное решение этих вопросов.

Подготовила Татьяна Канцидайло